



Instrucciones e Importante Información ¡Mantenga Este Papel!

Instrucciones

Sección 1. Información de los padres/adultos y mujeres embarazadas de familias – por favor llene toda la información acerca de los padres biológicos, parientes vigilantes, padres adoptivos o padrastro/madrastra que viven con los niños y mujeres embarazadas por quien(es) esté aplicando y/o acerca de la mujer embarazada por quien esté pidiendo cobertura. Requisitos de ciudadanía aplican a mujeres embarazadas aplicando para cobertura. Por favor vea ejemplos en Sección 2, en esta página, de que papeleo debe ser incluido con su aplicación si usted no es ciudadano de los Estados Unidos.

Sección 2. Información Acerca de los Niños – por favor llene toda la información acerca de los niños viviendo en la casa (incluso si usted no esta aplicando para ese niño). Todas las preguntas deben ser completadas excepto las preguntas de herencias raciales (son opcionales). Preguntas que no sean completadas pueden causar que la aplicación sea devuelta para que sea completada, y esto puede retrasar su cobertura. Si usted no es un ciudadano de los Estados Unidos, usted debe mandar papeleo con su aplicación que describe su estado de emigración. El Buró de Ciudadanía y Servicios de Emigración (BCIS) tiene varios tipos de documentos que un emigrante puede utilizar para verificar su estado de emigración. Ejemplos de estos documentos incluyen: Formulario I-151 o I-551—Matriculación de Emigrante o Permiso para Volver a Entrar; Formulario I-94—Documento de Llegada/Salida; Formulario I-688—Tarjeta de Residente Temporal; Formularios I-688A (Tarjeta de Autorización para el Empleo) y I-689A demuestran que un emigrante ha aplicado para entrada; Formulario G-641—Aplicación para Verificación de Información de los Documentos de BICS; orden de un corte indicando que documentación ha sido retenido según Sección 243(h) del Acto de Emigración y Nacionalidad.

Sección 3. Información de Ingresos – para información de su empleo, por favor sume las cantidades mensuales de ingresos de cada trabajo si usted tiene más de un trabajo. Por favor preste atención al hecho de que para todas las familias, especialmente esas familias empleados por cuenta propia, quizás solicitaremos información adicional para entender su ingreso total. Por favor escriba toda la cantidad mensual de todas clases de ingresos recibidos por cualquier miembro de la familia.

Sección 4. Certificación y Autorización – Reconozco con mi firma que he proporcionado información correcta y verdadera en toda la aplicación.

Sección 5. Por Favor Firme y Feche Su Aplicación – por favor firme su aplicación y escriba la fecha en que usted la esta firmando.

***Cualquiera aplicación que le falte la firma y/o información será devuelta. Si le falte la firma, usted será pedido a firmar y volver a presentar su aplicación. Si le falte información, usted será pedido a completar la información que falte y volver a presentar su aplicación.**

¿Que es CoverKids?

CoverKids es un programa de cobertura de salud a bajo costo para niños y mujeres embarazadas que cumplen con las reglas de elegibilidad para el programa.

Individuos elegibles deben:

- Ser entre recién-nacidos y la edad de 19 años al tiempo del proceso de la aplicación o una mujer embarazada.
- No debe tener cobertura de seguro de salud (por ejemplo, seguro de salud privado, seguro de salud estatal) ni debe ser elegible para TennCare. Aplicaciones serán revisadas primeramente para la posibilidad de que sea elegible para TennCare. Si resulta que el niño pueda ser elegible para TennCare, se le pedirá a la persona completar una aplicación de TennCare. Las familias pueden recibir ayuda para completar la aplicación de TennCare.
- Ser ciudadano de Los Estados Unidos, o ser un emigrante elegible.
- Ser residente del Estado de Tennessee.

Números de Seguro Social

Usted debe darnos información acerca de la ciudadanía y el estado de emigración de cada niño o mujer embarazada para el que la cobertura de CoverKids ha sido solicitado. También usted debe proveernos su Número de Seguro Social (SSN) o prueba de su aplicación para el Número de Seguro Social (SSN) para cada uno de sus niños por quienes esté solicitando la cobertura de CoverKids. El Número de Seguro Social será verificado. Para los niños que sean aprobados sin el Número de Seguro Social, un Número de Seguro Social debe ser presentado dentro de 3 meses de cuando empieza la cobertura. ***Para padres/adultos, es opcional proveer su Número de Seguro Social y falta de voluntariamente proveer su Número de Seguro Social no afectará la elegibilidad de su niño.**

Importante: Firmar la aplicación de CoverKids quiere decir que usted entiende la aplicación, incluyendo las declaraciones bajo Secciones 4 y 5 y las declaraciones que aparecen a continuación. También quiere decir que usted esta informado que pasaría si usted rompe las reglas.

- Yo entiendo que la ley penaliza las personas que no han sido completamente honestas y las personas que están ocultando hechos en cosas como los ingresos, dirección, y otro seguro de salud.
- Yo entiendo que si dejo alguna otra persona usar mi tarjeta de CoverKids, estaría cometiendo fraude y tendría que pagar las cuentas médicas de la otra persona.
- Yo entiendo que si la Oficina del Inspector General o cualquier otra agencia estatal me contacta acerca de fraude y abuso en CoverKids, debo ayudarles. Si me encuentran culpable de fraude y abuso, penalidades podrían ser impuestas.



Kurdish - Badinani كوردی - بادینانی

ئەگەر تو پیتھی هاریکاری بی بو تیگه هشتنا فی فورمی یان هەر نامه کی دهربارهی (CoverKids) به کوردی، په یوهندی بکه به 9906 - 313 له ناشفل یان به 1-866-626-3413 له دهرهوی ناشفل. ئەو ته له فونه خوراییه.

Kurdish - Sorani کوردی - سۆرانی

ئەگەر یارمهتیت پیوسته بو تیگه یشتنی ئەم فورمه یان هەر نامه یه کی تر له (CoverKids) به کوردی، په یوهندی بکه به 9906 - 313 له ناو ناشفل یان به 1-866-626-3413 له دهرهوی ناشفل. ئەم ته له فونه به خوراییه.

Arabic العربیة

إذا كنت تحتاج الى مساعدة لفهم هذه الاستمارة أو اية رسائل بخصوص كوفر كدز (CoverKids) بالعربية، رجاءً اتصل بـ 313-9906 من داخل ناشفل أو بـ 1-866-626-3411 من خارج ناشفل. هذه المكالمة مجانية.

Spanish Español

Si Ud. necesita ayuda con la aplicación, llámenos al 1-866-626-3409. La llamada es gratis. Los servicios del intérprete del idioma están disponibles en muchos idiomas incluyendo Español.

Somali Soomaali

Hadii aad rabtid inaad ku fahamtid af Soomaali waraaqahan CoverKids, fadlan la xidhiidh 313-9894 Nashville gudaheeda, dibadeedana 1-877-652-3054 oo bilaash ah.

Bosnian Bosanski

Ako vam treba pomoć u razumjevanju ove molbe ili bilo kojeg CoverKids pisma na Bosanskom/Srpskom/Hrvatskom molimo zovite 313-9382 ili 1-877-652-3069 izvan Nashville. Ovaj poziv se ne plaća.

Vietnamese Tiếng Việt

Nếu quý vị cần giúp đỡ để hiểu thêm chi tiết về lá đơn hoặc lá thư về chương trình của CoverKids bằng Việt Ngữ, thì xin gọi số 313-9899 trong vùng Nashville, hoặc gọi số miễn phí 1-800-269-4901.

Sección 3: Información de Ingresos

(Sume salarios de dos o más trabajos.)
(Adjunte paginas adicionales, si es necesario.)

SALARIOS:

Nombre del Miembro Familiar (Nombre y Apellido)	¿Esta usted empleado?	Salario mensual de su trabajo (incluir las propinas)
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$

EMPLEADO POR CUENTA PROPIA:

Nombre del Trabajador por Cuenta Propia (Nombre y Apellido)	Salario mensual del trabajo	Deducciones mensuales permitidos de impuestos federales*
	\$	\$
	\$	\$

*Como impuestos aproximados, que incluyen impuestos que usted paga al gobierno federal, e impuestos del trabajador por cuenta propia.

OTROS INGRESOS:

- | | | |
|-------------------------------|--|---|
| 1. Beneficios de Desempleado | 6. Ingresos por Intereses | 11. Ingresos del Suplemento del Seguro Social (SSI) |
| 2. Compensación al Trabajador | 7. Ingresos por Renta | 12. Seguro de Sobreviviente Retirado Discapacitado (RSDI) |
| 3. Beneficio Militar | 8. Beneficios de Huelga (Strike Benefits) | 13. Beneficios del Departamento de Servicios Humanos (Families First) |
| 4. Beneficios de Veteranos | 9. Ingresos de inversiones | 14. Beneficios del Seguro Social |
| 5. Beneficios Retirados | 10. Efectivo que recibe de amigos o familiares | 15. Otros (Por favor especifique _____) |

Escriba los miembros de su familia que reciben ingresos (Nombre y Apellido)	Tipo de Ingresos (escoja una de las opciones de arriba)	Si el ingreso es de RSDI, por favor escriba el numero de reclamo	Ingresos Mensuales (antes de impuestos)
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Propiedad de Renta: No complete esta sección al menos que usted reporte ingresos por la renta de una propiedad. (Estos son los gastos mensuales por su propiedad de renta que usted les renta a otras personas)

Nombre del dueño de la propiedad de renta (Nombre y Apellido)	Gastos mensuales por la propiedad de renta que usted posee
	\$

Manutención Para Niños: (Si usted paga manutención por sus niños que no viven con usted, escriba el nombre de cada niño y la cantidad que usted paga por cada uno cada mes.)

Nombre del Niño (Nombre y Apellido)	Padre/Adulto 1	Padre/Adulto 2	Cantidad pagada mensual
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$

Servicios de Guardería Infantil: (Si usted paga por los servicios de guardería de sus niños que viven con usted para que usted pueda trabajar, escriba el nombre de cada niño.)

Nombre del Niño (Nombre y Apellido)	Padre/Adulto 1	Padre Adulto 2
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Sección 4: Autorización y Certificación

Yo entiendo que firmar esta autorización es requerida para ser matriculado en este plan de salud.

Yo entiendo que cuando la División de Administración de Seguro paga el costo de los servicios médicos, cualquier derecho de recuperar estos costos de una tercera persona o contratista público o privado, con excepción de Medicare, es transferido al Departamento. Pago de cualquiera recuperación bajo tal derecho debe hacerse directamente al Estado de Tennessee, a la División de Administración de Seguro o su agente.

Yo entiendo que si yo recibo más beneficios de a los que tengo derecho por mi culpa, quizás tenga que pagar por cualquier beneficio extra recibido.

Yo entiendo que esta aplicación es para un programa de beneficio de salud y no es una aplicación de TennCare. Yo entiendo que primero voy ha ser chequeado para TennCare antes de que una determinación de la elegibilidad para CoverKids ocurra.

La División de Administración y Seguro no discrimina a ninguna persona o grupo por su raza, sexo, religión, color de su piel, nacionalidad u origen étnico, edad, discapacidad, o servicio militar. Yo entiendo que si yo deseo poner una queja de discriminación, yo puedo llamar al Director de Cumplimiento de No-Discriminación (Director of Non-Discrimination Compliance) llamando 1-800-342-3145 ♦ TTY-1-866-447-0272

Yo entiendo que mi inscripción en CoverKids continuara por 12 meses al menos que una de las situaciones a continuación ocurran: El niño cumpla los 19 años; el niño o la mujer embarazada obtenga acceso a un seguro de salud patrocinado por el Estado a través de un miembro de la familia o personal por ser empleado por una agencia pública; los beneficiarios de CoverKids son matriculados en una cobertura individual o de grupo; para mujeres matriculadas debido al embarazo a los 60 días después que el embarazo termina; la familia fallo con los pagos de primas para el programa de CoverKids; una auditoria o una entrevista periódica que indique que el beneficiario de CoverKids no es elegible; el beneficiario de CoverKids fallezca; o por alguna otra razón.

Yo entiendo que cheques computarizados pueden ser usados para verificar la información que yo he proveído en esta aplicación.

Yo entiendo que yo puedo reportar cualquier sospecha de fraude o abuso en la Oficina del Inspector General de Fraude y Abuso llamando a la línea gratis 1-800-433-3982.

Yo entiendo que yo tengo el derecho de apelar la decisión de mi matricula. Yo voy ha ser notificado de mis derechos si mi aplicación es negada por cualquiera razón.

Si usted es una persona con discapacidad para oír o hablar y necesita ayuda para leer o escribir para completar esta aplicación, bajo el Acto para Americanos con Discapacidad (Americans With Disabilities Act), usted esta invitado a solicitar sus servicios según sus necesidades llamando al **1-866-620-8864 ♦ FAX 1-866-913-1046 ♦ TTY 1-866-447-0272**. Servicios de interpretación están disponibles sin costo para usted.

Sección 5: Por Favor Firme y Ponga la Fecha a su Aplicación

Yo declaro bajo perjurio penal que las respuestas e información que he dado en esta forma son verdaderas, y que todas las personas que están aplicando o recibiendo cobertura son ciudadanos de los Estados Unidos o emigrantes elegibles. Yo entiendo las reglas y la información que se me ha proveído. Yo proveeré información que pruebe mi declaración si así lo requiere. CoverKids tiene mi permiso para obtener pruebas acerca de la información proveída en esta aplicación. Yo entiendo que debo reportar cualquier cambio acerca de nuestra situación de vida, además de los cambios de ingresos, dentro de los 10 días.

Firma es Requerida

Padre/Adulto 1

Fecha: _____

Padre/Adulto 2

Fecha: _____

Autoridad: Los Títulos XIX y XXI del Acto de Seguro Social. El completar esta forma es requerido para matricularse en un plan de salud. Policy Studies, Inc. (PSI) es el Contratista para Servicios Administrativos para CoverKids, y esta bajo contrato con la División de Administración de Seguro.

Cuando haya llenado completamente su aplicación, envíelo con los documentos requeridos a:

**CoverKids
PO Box 2010
Cleveland, TN 37320-2010**

Continúe y firme en el otro lado

Permiso para Compartir Información de Salud Privada:

Yo estoy de acuerdo que se intercambie la información de mis hijos con CoverKids, Departamento de Servicios Humanos, Inspector General de Tennessee, TennCare y otras agencias federales y estatales y sus contratistas. La información a continuación puede ser compartida:

- Números de Seguro Social
- Información de sus ingresos
- Información de elegibilidad, que incluye información acerca de
donde vivo;
si tengo seguro médico;
si la persona que esta aplicando para CoverKids es ciudadano de los Estados Unidos;
quien vive en mi casa;
- Información médica.

Se necesita compartir esta información para chequear su elegibilidad para CoverKids y/o negación o elegibilidad para otros programas federales y estatales incluyendo TennCare, Medicaid y otros programas del Título V como el programa de Servicios Especiales para niños. Además, esta información médica puede ser usada para propósitos de auditorías y el conducir de los negocios de CoverKids, los que pueden incluir hacer pagos a los proveedores de los servicios de salud y evaluar el desempeño del plan de salud o del proveedor de los servicios de salud.

La información de ingresos proveída en esta aplicación no puede ser usada por el Internal Revenue Services (IRS) para propósitos de impuestos o por el Buró de Ciudadanía y Servicios de Emigración (BCIS) para negar al solicitante la admisión a los Estados Unidos, o que perjudique a mi o mi familia la condición o la deportación mía o de mi familia.

Yo estoy de acuerdo en mi nombre y (de mis hijos, si aplica) compartir la información mencionada arriba. Yo entiendo que no tengo que firmar esta forma, sin embargo, si yo no firmo esta forma o si retiro mi permiso, puede ser que CoverKids no pueda determinar si yo o mis hijos soy/somos elegible y mi elegibilidad o la de mis hijos puede ser negada para recibir los beneficios mencionados. Yo revise la información de este convenio y entiendo que puedo recibir una copia del convenio firmado al pedirlo del Contratista Administrativo de CoverKids, Policy Studies, Inc. (PSI) a 1.866.620.8864. Yo entiendo que este Permiso es valido por el periodo de un año a partir de la fecha que la aplicación es firmada. Sin embargo, este Permiso puede ser retirado por escrito en cualquier momento antes de la fecha de expiración; pero el retiro de este permiso no afectara ninguna acción tomada por ningún receptor autorizado antes que el retiro de este permiso sea recibido por ellos.

Yo entiendo que si la persona u organización autorizada a recibir esta información no es un plan de salud o un proveedor de cuidados de salud, la información proveída puede que deje de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Yo leí, o alguien me leyó, la información mencionada arriba, y entiendo como mi información privada de salud va ha ser usada.

Firma del Solicitante si es mayor de 18 años

Fecha

Firma del Padre/Guardián o Representante Autorizado

Fecha

*Representante Autorizado quiere decir que usted tiene una prueba legal que usted puede actuar en el nombre de esta persona. El representante firma por el solicitante quien legalmente no puede firmar por el y/o ella misma. Nosotros probablemente tenemos que obtener esta prueba legal de usted.

Firma del Cónyuge u otro padre en casa

Fecha

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL

Numero de Cuenta del Solicitante (Este número será asignado por PSI): _____

Nombre de la entidad certificada asistiendo con esta aplicación: _____

Numero de identificación de la entidad certificada: _____

Nombre a contactar:

Numero de teléfono de la persona a contactar: